**Лекция № 5**

**Тема:** **«Оказание медицинской помощи пациентам с шигеллёзом»**

**Дизентерия** (Д) – инфекционная болезнь человека, вызываемая бактериями рода шигелл, протекающая с преимущественным поражением слизистой оболочки нижнего отдела толстого кишечника, характеризуется общей интоксикацией, схваткообразными болями в животе, частым жидким стулом со слизью и кровью, часто с тенезмами.
 Заболевание известно давно. В начале 19 века М.Я.Мудров описал течение дизентерии, отметив ее характерные морфологические признаки.
 В начале 19 века были выделены и описаны возбудители Д. русским ученым А.В.Григорьевым и японским Шига. Позже были открыты возбудители Флекснера, Зонне, Штутцера-Шмитца, Ньюкастла, Бойд-Новгородского. В Настоящее время все возбудители обозначают понятием шигеллы, а вызываемые ими заболевания принято называть шигеллезами.

 **Этиология.**
 Возбудители – шигеллы, грамотрицательная неподвижная палочка, аэроб, достаточно устойчива во внешней среде: в молоке сохраняется до 2-х недель, в кислых молочных продуктах до 6-8 дней; в испражнениях, на фруктах, овощах – до 2-х недель; в почве, выгребных ямах – до 2-х месяцев.
 При t – 60 градусов шигеллы погибают за 25-30 минут, а при кипячении – за 2-3 минуты. Губительно на них влияют хлорсодержащие дезсредства.

 **Эпидемиология.**
 Источником инфекции являются больные острой, затяжной и хронической дизентерией, а также бактерионосители. Наибольшее эпидемическое значение имеют больные с легким и стертым течением острой дизентерии, которые, как правило, не лечатся в медицинских учреждениях. Работники пищевых предприятий и приравненные к ним лица часто скрывают наличие болезни.
 Механизмы передачи – фекально-оральный. Пути передачи: водный, пищевой, контактно - бытовой. Факторами передачи являются инфицированная вода, пищевые продукты (фрукты, овощи, молоко и молочные продукты, которые в последнее время часто являются факторами передачи дизентерии), грязные руки.
 Восприимчивость к дизентерии высока среди всех возрастных групп, однако, дети болеют чаще. Характерна сезонность (летнее время).
 Встречается в виде спорадических случаев, так и в виде отдельных вспышек.
**Патогенез.**
 Попав через рот, бактерии поселяются в складках нижнего отдела толстой кишки, вызывая повреждения слизистой оболочки. Бактерии выделяют эндотоксин, который тоже действует на слизистую и одновременно вызывает явление интоксикации, влияет на печень, нарушается обмен веществ, наступает обезвоживание организма, особенно у маленьких детей. Паталагоанатомически могут отмечаться наличие катарального или катарально-геморрагического процесса, может быть фолликулярный, язвенно-фолликулярный, некротический или язвенный процесс. Все это можно увидеть при помощи ректоскопа. Иммунитет видоспецифический и непрочен, поэтому возможны повторные заражения и заболевания.

 **Клиника.**
 Инкубационный период 1-7 дней, чаще 1-2 дня. Острая дизентерия характеризуется развитием трех основных синдромов:
 - интоксикационного;
 - спастически-болевого;
 - гемоколитического;
 Начало заболевания всегда острое. Больной жалуется на озноб, боли в левой половине живота, особенно в левой подвздошной области, плохой аппетит и сон, повышается t, отмечается слабость, недомогание.
 Затем появляется частый жидкий стул, сначала каловый, а затем присоединяются слизь, кровь, гной, в тяжелых случаях стул теряет каловый характер и приобретает вид «ректального плевка».
 В конце первого начала второго дня болезни возникают ложные позывы на дефекацию – тенезмы.
 Язык обложен белым налетом, вначале влажный, а по мере прогрессирующего обезвоживания становится сухим, налет становится коричневым.
 Живот нестолько втянут. Печень и селезенка не увеличены. В левой подвздошной области пальпируется спазмированная и болезненная сигмовидная кишка, живот урчит, АД слегка снижено.
 По тяжести Д. может быть:
 - легкой;
 - средне-тяжелой;
 - тяжелой;
 Дизентерия вызванная шигеллой Зонне протекает несколько иначе. Чаще бактерии Зонне вызывают заражение людей, употребляющих пищевые продукты, особенно молоко. При этом возникает повторная рвота, довольно резкие боли а правой подвздошной области (иногда симулирующие аппендицит), острое повышение t. Такие формы необходимо дифференцировать с пищевым токсикоинфекциями.
 Особенность современной дизентерией является преобладание более легких форм болезни.
 Дизентерия может протекать в колитическом, гастроэнтероколитическом или гастроэнтеритическом варианте.
 Выздоровление больных острой дизентерией происходит довольно медленно. Исходом болезни может быть не только полное выздоровление, но и развитие затяжных, а также хронических форм.
 Острая дизентерия – длится до 1 месяца, затяжная – до 3-х месяцев, свыше 3-х месяцев хроническая дизентерия.
 Затяжная дизентерия наблюдается у 2-3 % лиц перенесших острую форму болезни. Неустойчивый стул у таких больных сохраняется в течение 2-3 месяцев.
 Хроническая дизентерия может быть непрерывной, протекая без ремиссий в течение 1,5-2 лет и рецидивирующей – примерно у 1% больных, которая очень опасна в эпидемиологическом отношении.
 **Диагноз** ставят на основании эпиданамнеза, клиники и лабораторных данных:
 - бактериологическое исследование кала на дизгруппу;
 - копрологическое исследование кала (общий анализ кала). В норме в кале не должно быть слизи, лейкоцитов и эритроцитов;
 - серологическое исследование: РА, РПГА;
 - кожно-аллергическая проба Цуверкалова;
 - ректороманоскопия;
 Дизентерию необходимо **дифференцировать** от сальмонеллеза, эшерихиоза, пищевых токсикоинфекций, холеры, лямблиоза, трихомониаза кишечника, некоторых гельминтов, кандидоза. Сходные с дизентерией симптомы могут наблюдаться при отравлении грибами и солями тяжелых металлов, уремическом колите, туберкулезе кишечника, хроническом энтероколите, неспецифическом язвенном колите. Нередко возникает необходимость дифференцировать дизентерию от острых хирургических заболеваний (острый аппендицит, тромбоз мезентериальных сосудов, непроходимость кишечника) и острой гинекологической патологии (внематочная беременность, аднексит, пельвиоперитонит). Хорошо, собранный анамнез заболевания, эпидемиологический анамнез и тщательное клинико‑лабораторное обследование больного позволяют правильно и своевременно распознать дизентерию.

**Лечение**.

###  Госпитализация проводится по клинико-эпидемиологическим показаниям. В первую очередь госпитализируют лиц со среднетяжелой и тяжелой формами болезни, больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, людей преклонного возраста, детей в возрасте до 1 года, а также лиц, представляющих повышенную эпидемическую опасность. Если больной дизентерией оставлен для лечения дома, ставятся в известность органы санэпиднадзора.

 Лечение больных *острой дизентерией* состоит из охранительного режима, лечебного питания, воздействия на возбудитель, дезинтоксикации и восстановления гомеостаза, ликвидации структурно-функциональных изменений желудочно-кишечного тракта.

1)Охранительный режим, при котором двигательная активность определяется самим пациентом. Больным со среднетяжелой формой заболевания назначают полупостельный режим.

2)Диетотерапия является обязательным компонентом лечения всех больных дизентерией. Основной ее принцип состоит в максимальном исключении из рациона продуктов и блюд, способных оказывать раздражающее действие на кишечник химическим, механическим или иным путем. Пищу целесообразно принимать каждые 3-4 ч в небольших количествах - стол №4. Необходимо дополнительное введение витаминов.Поскольку при дизентерии структурно-функциональные изменения желудочно-кишечного тракта сохраняются длительно, рекомендуется постепенный переход больного на обычное для него питание в течение 1-3 мес. В этот переходный период можно использовать диету 2.

3)Этиотропная терапия.

Выбор противомикробных препаратов должен быть строго дифференцированным. Медикаментозная терапия зависит от формы тяжести дизентерии. Следует лишь учесть, что при назначении лечения конкретному больному необходимо индивидуализировать стратегию и тактику терапии.

 - при гастроэнтерите назначение антибактериальных препаратов нецелесообразно: достаточная патогенетическая терапия позволяет обеспечить полный терапевтический эффект, а применение антибиотиков ведет к задержке клинического выздоровления и бактериологической санации организма.

- при легком течении колитического и гастроэнтероколитического вариантов болезни можно назначать фуразолидон по 0,1 г 4 раза в день, налидиксовую кислоту по 0,5-1,0 г 4 раза в день. Продолжительность приема этих препаратов устанавливается индивидуально и определяется появлением терапевтического эффекта.

- при среднетяжелом и тяжелом течении указанных вариантов дизентерии больным целесообразнее назначать препараты тетрациклинового ряда, производные фторхинолона, комбинированные сульфаниламидные препараты (бактрим), цефалоспорины.

 Левомицетин при дизентерии использовать не рекомендуется в связи с высокой резистентностью к нему шигелл. При дизентерии, вызванной шигеллами Григорьева-Шиги, налидиксовая кислота считается препаратом выбора, так как в большинстве стран мира сохраняется чувствительность бактерий к нему. Налидиксовую кислоту назначают по 1 г 4 раза в день в течение 5-7 дней. При среднетяжелом течении инфекционного процесса с учетом антибиотикограммы возбудителя можно использовать и другие препараты (тетрациклин, доксициклин, бисептол, сульфален, сульфадиметоксиц, фуразолидон и др.). Курсы лечения индивидуальные, но не менее 3-5 дней.

- назначение антибактериальных препаратов бактериовыделителям шигелл противопоказано, так как влечет за собой отрицательный эффект: развивается дисбактериоз, снижается иммунобиологическая реактивность организма, задерживаются сроки выздоровления, сроки очищения от возбудителя.

4) Регидратационная терапия.

- при легком течении болезни достаточно назначения внутрь 2-3 л глюкозоэлектролитных растворов (оралит, регидрон, цитроглюкосалан);

- при среднетяжелом течении дизентерии полиионные растворы "Квартасоль", "Трисоль", "Хлосоль", "Лактасол"- внутривенно. Объем и скорость введения раствора определяются степенью обезвоживания организма, клиническим состоянием больного, показателями гемоконцентрации, кислотно-основного равновесия и электролитного состава крови.

5) Дезинтоксикационная терапия.

- при лёгких формах – сорбенты;

- при средне-тяжёлых и тяжёлых случаях - коллоидные растворы: гемодез, полиглюкин, реополиглюкин.

При дизентерии, осложненной токсико-инфекционным шоком, лечение начинают со струйного введения полииониых растворов, позволяющих быстро восполнить объем циркулирующей крови и внеклеточной жидкости, устранить имеющийся ацидоз и нарушения микроциркуляции. В случае отсутствия эффекта показано введение глюкокортикоидов.

### 6) Повышение иммунитета.

При лечении больных с затяжным течением острой дизентерии и реконвалесцентным бактериовыделением важнейшее значение имеют средства, повышающие иммунологическую реактивность организма: метацил (по 0,1 г 3-4 раза в день в течение 20-30 дней), пентоксил (по 0,25 г 3 раза в день в течение 7-10 дней), дибазол (по 0,02 г 3-4 раза в день в течение 5-7 дней). В связи с наличием практически во всех случаях болезни дисбактериоза кишечника показано назначение эубиотиков, в первую очередь содержащих бифидобактерии (бификол, бифидумбактерин и др.). Лечение указанными препаратами наиболее эффективно при назначении достаточных доз (5-10 доз в сутки) и длительном применении (не менее 3-4 недель).

7) С целью нормализации моторно-эвакуаторной деятельности кишечника при всех формах дизентерии показано назначение средств, оказывающих спазмолитическое и вяжущее действие (папаверин, но-шпа, белладонна, атропин, висмут, танальбин, легнин, отвар черники, дубовой коры, корок граната и др.). При выраженных воспалительных изменениях или замедленной репарации слизистой оболочки толстой кишки назначают лечебные микроклизмы с настоем ромашки, эвкалипта и т.д. Клизмы делают в объеме 100 мл, лучше перед сном, после дефекации. Подогретый до температуры 36°С раствор вводят через резиновый катетер на глубину 15-20 см. При эрозивном и язвенном процессах хорошие результаты дает использование масла шиповника или каротолина, винилина, витаминизированного рыбьего жира, облепихового масла и др.

8) Больным с затяжным течением следует шире назначать физиотерапию (диатермия, аппликации парафина или озокерита, общие тепловые ванны, электрофорез новокаина или папаверина и др.). Указанные процедуры уменьшают боль в животе.

### Особенности лечения *хронической дизентерии.*

     -Больные рецидивирующей формой в период обострения заболевания госпитализируются и лечатся в соответствии с программой терапии больных острой дизентерией соответствующей формы тяжести.

 -Вне обострения своего заболевания они наблюдаются в поликлиники. Проведение ректороманоскопии для оценки тяжести поражения кишечника и определения эффективности проведенного лечения являются обязательными. В этот же период после иммунологического исследования (иммунограмма) принимается решение о проведении лечения, направленного на освобождение организма больного от возбудителя, как можно бол ее полного восстановления нормальной структуры, функции и биоценоза кишечника. Второй курс проводится сразу после окончания этиотропной терапии и включает назначение пробиотиков (жидкий бифидум-бактерин или жидкий лактобактерин по 15-20 доз 2 раза курсом 1,5-2 мес), поливитаминов, ферментов. В лечебном питании больных предусматривается обязательное наличие кисломолочных продуктов, обогащенных пробиотиками.

  -Терапия непрерывно протекающей хронической формы дизентерии должна проводиться в стационаре. Основной ее задачей является достижение ремиссии в течении заболевания, программа терапии в этом случае соответствует лечению больных тяжелой формой дизентерии.

      Из правил общего ухода за дизентерийным больным необходимо отметить тщательное согревание его всеми мерами: поддержание тепла в комнате (палате), грелки, горячее питье, при отсутствии гипертермии - горячие ванны (до 39 °С). Необходимы уход за перианальной областью и анальным сфинктером, раздражаемым частым стулом (теплые обмывания, смазывание вазелином), частая смена белья, уход за полостью рта.

**Условия выписки**. Клиническое выздоровление, однократное исследование кала на дизгруппу. Лицам декретирванной группы - три анализа кала на дизгруппу и нормальная ректороманоскопия. Диспансерное наблюдение - 3 месяца.

**Профилактика**. Больных изолируют. За контактными наблюдают 7 дней, их обследуют однократно на дизгруппу.

Больные с хронической формой дизентерии не допускаются к работе на пищевых предприятиях.

В очаге проводится текущая и заключительная дезинфекция.

Строгий санитарный надзор за водоснабжением, объектами питания, канализацией. Очистка и хлорирование питьевой воды, удаление отбросов и борьба с мухами, санитарное охрана пляжей.

Соблюдение правил личной гигиены.

Санпросветработа.

Повышение специфической и общей резистентности организма (фагопрофилактика, использование колибакт